

ОПТИМАТИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОМ ТАЗЕ

Супрун Л.Я.

*УО «Витебский государственный Дружбы народов
медицинский университет»*

Одной из причин возникновения родовых травм плода является несоответствие размеров плода размерам костного таза матери. Незначительные повреждения нервной системы могут вести к возникновению головных болей, развитию спинальных симптомов в детском возрасте, шейному остеохондрозу, искривлению позвоночника и др. Родовой травматизм является одной из причин перинатальной смертности и детской инвалидности.

Согласно классификации родовые травмы делят на травмы черепа (родовая опухоль, кефалогематома, травма костей черепа), скелета (перелом ключицы, плечевой и бедренной кости); травмы органов брюшной полости; повреждения нервов; разрыв внутримозговых тканей (эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные, внутримозговые, внутрижелудочковые кровоизлияния).

Процессы акцелерации привели к изменению антропометрических данных женщин, формы, емкости и наклона таза. Значительным стало число рождения крупных детей. Форма входа в малый таз изменилась с поперечно вытянутого на сагитально вытянутый эллипс.

Частота функциона узкого таза, при котором размеры головки не соответствуют размерам таза роженицы, достигает 3-5% от числа родов. Запоздалая диагностика функционально узкого таза ведет к росту перинатальной смертности, травме в родах матери и плода. К клинически узкому тазу относят случаи несоответствия между головкой плода и тазом женщины, заканчивающиеся оперативным путем или самопроизвольно, если течение родового акта, особенности вставления головки и механизм родов указывают на диспропорцию между тазом и головкой. В родах через естественные родовые пути при несоответствии I-II степени внутричерепная травма достигает 34,6%, нарушения мозгового кровообращения – 38,2%, интранатальная асфиксия – 18,2% исходя из этого важно не упустить момент операции кесарева сечения.

Цель работы – определение частоты и характера травмы плода в родах по данным БСМП г. Витебска за 2005 год; изучение зависимости возникновения травмы плода от массы его и размеров таза; выявление совокупности наиболее значимых клинических критериев, позволяющих рано диагностировать несоответствие размеров головки плода и таза матери, то есть наличие функционально узкого таза первой и второй степени, что позволит оптимизировать диагностику и индивидуально прогнозировать исход родов.

Материалы и методы исследования. В работе использованы аналитические и статистические методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов, историй новорожденных и данные морфологического исследования плацент за 2005 год. Число родившихся за год детей составило 1821. Травма новорожденных в родах имела место в 47 случаях (основная группа), что составило 2,58%. Контрольную группу составили 40 женщин роды у которых закончились рождением здоровых детей. Женщины обеих групп были в возрасте от 20 до 32 лет. У 21 из 40 женщин контрольной группы в последах имелись различные по локализации и степени выраженности воспалительные изменения. Аналогичные воспалительные изменения в плацентах были у 30 из 47 женщин основной группы. Существенно женщины обеих групп не отличались по количеству и степени выраженности анатомически узкого таза, перенесенной соматической и гинекологической патологии, возрасту.

По количеству перво – и повторнородящих обе группы женщин существенно не отличались.

Угроза прерывания беременности до 22 недель, гестоз второй половины беременности, ФПН, ХГП в основной и контрольной группах встречались с одинаковой частотой.

В основной группе почти в 3 раза чаще имели место: многоводие, анемия, угрожающие преждевременные роды. У 12 женщин основной группы имелось ожирение, у 16 – избыточная масса тела. В контрольной группе ожирение было у 3 женщин, избыточная масса у – 6, что значительно реже. У 8 женщин был анатомически узкий таз. Из них у 6 – поперечносуженный, у 1 – общеравномерносуженный и у 1 – плоскорахитический. В контрольной группе анатомически узкий таз (поперечносуженный) был лишь у одной женщины.

У двух из 47 женщин основной группы были преждевременные роды, у 3 – роды перезрелым плодом, Все женщины контрольной группы рожали в срок. Из 47 женщин основной группы 28 родили детей с массой более 3500 гр, что почти в 2 раза больше, чем в контрольной (15 из 40). В основной группе в 1,5 раза чаще наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности в родах.

Кефалогематома диагностирована в 24 случаях, перелом ключицы в 14 (в 2 случаях в сочетании с кефалогематомой), перелом плеча в одном. Из числа травмированных новорожденных нарушения адаптации по церебральному типу наблюдались у 14. У двух новорожденных был разрыв лицевого нерва. Наибольшие трудности в диагностике и определении тактики ведения родов составил функционально узкий таз первой и второй степени несоответствия.

К наиболее значимым клиническим критериям, позволяющим рано диагностировать несоответствие размеров головки плода и таза матери, следует отнести особенности биомеханизма родов свойственные той или иной форме сужения таза, симптом Вастена, характер родовой деятельности и конфигурации головки.

Одним из постоянных симптомов функционально узкого таза при первой и особенно второй степени несоответствия является чрезмерно выраженная конфигурация головки. При третьей степени несоответствия, как правило конфигурация головки отсутствует.

При первой степени несоответствия у подавляющего большинства женщин имела место чрезмерно активная родовая деятельность, при второй – у двух из трех женщин развивалась вторичная родовая слабость.

При функционально узком тазе III степени, наряду с отсутствием вставления и продвижения головки, наблюдались симптомы прижатия мочевого пузыря, отек и свисание шейки матки, как правило, был положительный симптом Вастена.

При значительном несоответствии между размерами головки и таза симптом Вастена был ровный. При относительном несоответствии он был отрицательным, что не свидетельствовало о наличии гормональных взаимоотношений между головкой и тазом.

Во всех случаях при возникновении препятствия к продвижению головки плода по родовому каналу, моторная функция матки претерпевала характерные изменения: интенсивность схваток превышала норму, что при относительном несоответствии приводило к спонтанному родоразрешению. При значительной диспропорции возникала вторичная слабость родовой деятельности.

В конце первого периода родов на фоне усиления сократительной активности матки могут возникать ранние децелерации, что должно служить показанием для кесарева сечения.

Таким образом, оптимизация диагностики функционально узкого таза в конце первого периода родов должна включать особенности биомеханизма родов, аномалии вставления головки, симптом Вастена, характер родовой деятельности, степень конфигурации головки, наличие ранних децелераций. Своевременное изменение тактики ведения родов позволяет избежать травмы плода.